



TITLE:

昭和61年 消化器外科症例検討会

AUTHOR(S):

CITATION:

昭和61年 消化器外科症例検討会. 日本外科宝函 1987, 56(3): 324-334

ISSUE DATE:

1987-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204026>

RIGHT:

昭和61年 消化器外科症例検討会

会 期 昭和61年12月13日(土)

A. M. 10時

会 場 ホテルサンフラワー京都

世話人 京都大学医学部外科学教室

1) 切除不能の癌性食道狭窄に対する 非観血的治療

(レーザー治療法及び

食道ブジー挿管術)

倉敷中央病院外科

足立 幸人、西澤 文男、
吉村 玄浩、田野 龍介、
高橋 純一、小笠原敬三、
河野 幸裕、場田 浩二、
大林 瑞男、高三 秀成

切除不能の食道癌及びそのほかの癌による食道狭窄に対しては症状軽減や栄養補給の目的で各種の治療法が試みられてきたが、近年非生理的な栄養補給よりも食道の通過障害自体を軽減させ経口摂取を可能とする治療法が選択されている。

最近我々はこの目的のため非観血的にレーザー治療並びに食道ブジー挿管術を試み、好成績を治めている。安全性、非侵襲性から特に優れていると考える食道ブジー挿管術を中心に報告する。

食道ブジー挿管には、挿管用ブジー、ウレタン性の人工食道チューブ、プッシャーチューブ、ガイドワイヤーが使用される。食道チューブは、内径10mm、外径12mmで、有効長3, 5, 7, 10cmの4サイズがある。挿管法は、挿管用ブジーが狭窄部を通過することを確認したうえで適合する食道チューブをこのブジーをステントとして経口的に挿入するというもので、約15分で容易に施行され、通常翌日から摂食可能となり即座に通過障害は改善される。また必要な場合には、食道拡張用のバルーンをチューブ内に挿入し牽引することにより、抜去可能となっている。

4例の切除不能癌性食道狭窄症例に対してブジー挿管を行い、いずれも通過障害は改善され挿管術および食道チューブ留置による重篤な合併症を認めていない。さらに症例を積み重ねその有効性について検討を加えたい。

2) 下咽頭頸部食道癌に対する遊離空腸 移植の経験

長浜赤十字病院外科

山崎 誠二、森 重人、
長原 正幸、谷口 亭一
原 慶文、土井隆一郎、
今井 史郎

下咽頭頸部食道部欠損に対する再建法はその解剖学的特殊性のため様々な方法が試みられている。

最近我々は2例の下咽頭頸部食道癌を経験し、その再建法として微小血管吻合を用いた遊離空腸移植を行い良好な結果を得たので、報告する。

咽頭頸部食道切除、喉頭全摘除及び両側頸部リンパ節郭清術を行ったのち、遊離空腸移植を用いた一期的再建術を施行する。頸部にて2~3mm径の移植床血管を選択したのち、トライトン靱帯近傍25cmの空腸を血管茎を付けたまま切離し、灌流、冷却などの操作は行わず、頸部に移植し、手術用顕微鏡にて血管吻合を行う。腸管吻合は、咽頭空腸端側吻合、空腸食道端端吻合とステッキ型に行う。

症例1は、59才女性で、PhCe a2n2 stage 3であり、右上甲状腺動脈と9-0ナイロンで、右顔面静脈と8-0ナイロンで端端吻合した。

症例2は、53才女性で、PhCe a3n2 stage 4であり、右舌動脈と9-0ナイロンで端端吻合、右内頸静脈と7-0プロリンで端側吻合を行った。

適応としては、癌腫下縁が胸骨上縁より1cm以上離れたPhCeであり、食道に副病変を持たない症例とした。

2症例とも術後2週めに食事摂取可能となり、1例に空腸食道吻合部に狭窄をみた以外、経過良好であった。確実な微小血管吻合及びたるみのない腸管吻合により、今後侵襲の少ない安全な一期的再建法として利用可能である。

3) 多彩な腫瘍マーカーの上昇を示した 胃癌の1症例

京都南通信病院

孝橋 慶一, 金井 陸行,
斎藤 信雄, 世良 敏行

症例は, 52才男性で, 自覚症状なく, 家族歴には特記すべきことはありません。

既往歴は, 30才の時腎結石で自然排石, 47才で急性肝炎に罹患しています。

現病歴は, 食道の粘膜下腫瘍の follow-up 中に胃カメラにて体下後壁に Borrmann II 型の tumor がみつかりました。

入院時現症は, 特記すべきことはありません。入院時検査成績は, Total bilirubin が1.6であること以外, 異常値を認めません。

61年7月8日に手術を施行しました。

手術所見は, 取り扱い規約によりますと, Ho, Po, N₁, So, M の post, Borrmann II 型で 2.7×2.0 cm, AW(-), OW(-), Stage II でした。

術式は, 胃全摘術で, Billroth I 法方式で再建しました。組織学的所見は, 中分化型の管状腺癌で, INFβ, pm, ly₁, v₀, aw(-), ow(-), No. 3 と No. 7 リンパ節に metastasis があり, n₂ で stage III でした。

各腫瘍マーカーの術前値は, CEA が 37.0, CA19-9 が 6.578, AFP が 38.9 と3者ともに上昇していました。術後, 各腫瘍マーカーは, CEA が約7週間, AFP は, 約2週間で正常に戻っています。ただ, CA19-9 は, 術後11週目には58と大幅な減少を示しましたが, 正常化が遷延しています。

酵素抗体法により, 胃癌細胞内に CEA, CA19-9, AFP の局在を証明しました。ただ, CA19-9 のみ, 正常胃細胞内にもその局在を認めました。本症例では, 肝転移巣を認めず, 血中の CEA, CA19-9, AFP は, 術後正常化もしくは, 減少傾向を示したことより, 血中の CEA, CA19-9, AFP は, 胃癌細胞が産生したものと考えられます。

4) 十二指腸 Brunner 腺腫の一例

朝日大学村上記念病院外科

白波瀬 功, 東出 俊一,
網 政明, 玉川 正明,
伊東 正文, 田中 誠,
大澤 二郎, 篠田 正昭

十二指腸良性腫瘍は比較的稀な疾患であるが, 我々は十二指腸 Brunner 腺腫の一例を経験したので報告する。患者は46歳女性, 上腹部痛を主訴として来院した。上部消化管造影, 十二指腸内視鏡検査にて十二指腸球部前壁に隆起性病変を認め, 十二指腸粘膜下腫瘍と診断した。内視鏡検査による約6カ月間の経過観察にて腫瘍の増大と形態の不整化, および表面の陥凹が出現したため手術を施行した。術中, 十二指腸球部前壁に幽門輪に接して拇指頭大の腫瘍を触知した。幽門洞切除術を施行し, Billroth I 法で再建した。腫瘍は肉眼的には 1.5×1.5×0.7 cm 大, 山田 II 型の隆起性病変で表面は正常粘膜で被われ, 組織学的には核異型の無い Brunner 腺細胞の増殖と異所性導管上皮細胞およびそれらを分葉化する線維性結合組織を認め, Brunner 腺過誤腫と診断した。

Brunner 腺腫は本邦では166例の報告があり, 十二指腸良性上皮性腫瘍のうち半数近くを占め, 大半が球部に存在する。年齢は40歳から60歳代で73%を占め, 男女比はほぼ同数である。主訴は腹痛および腹部膨満感, 不快感が各々26%と最も多く, 後者は幽門狭窄症状に類する腹部不定愁訴と考えられる。腫瘍の大きさは2 cm 以下が54%と過半数を占め, 6 cm 以上の巨大なものは14例報告されている。成因としては, ①腫瘍を構成する腺上皮に異型性を認めない, ②周囲の正常な Brunner 腺との境界が不明瞭な例が多い, ③平滑筋, 血管, 脂肪組織等の間葉成分を含むことにより過誤腫と考えられている。治療は多くは外科的に摘出されているが, 悪性化はほとんどみられず予後も良好なので, 内視鏡的摘出術も多く施行されている。

5) 大量出血をきたした十二指腸球後潰瘍

市立宇和島病院外科

金田 倫幸, 王 英哲,
戸田 茂, 藤田 士郎,
梶原 伸介, 大蔵 雅洋,
木下 研一

十二指腸球後潰瘍は内科的治療に抵抗し, 大量出血, 狭窄, 穿通等の合併症が多くみられ潰瘍切除の不能な場合も多い。最近大量出血をきたした球後潰瘍を2例経験し, 1例は Vasopressin の選択的動注で止血し, 他の1例は臍頭十二指腸切除を余儀なくされた。2例とも緊急内視鏡では球部からの出血と判断し, 球後部

は観察しておらず内視鏡のみでは出血部位の診断は難しい。従って大量出血をきたした十二指腸潰瘍では球後潰瘍を念頭におき時期を失することなく積極的に urgent arteriography を試みる必要がある。extravasation を認めれば Vasopressin の選択的動注、さらには selective embolization による止血をまず試みるが、これらの手段によっても出血の control が不可能で大量輸血を要する場合、潰瘍を残存させる広範囲胃切除は有効ではなく、今回報告したように臍頭十二指腸切除以外に救命の方法がない場合もありうる。

6) 繰り返す下血にて発見された空腸平滑筋腫の一例

滋賀県立成人病センター外科、*病理

船木なおみ, 吉田 昭和,
木村 敬三, 野田 秀樹,
浅野 元和, 北村 脩

*松本 正朗

今回我々は、繰り返す下血を認め、精査にて出血性盲腸憩室炎を疑うも本邦では稀な疾患である為、出血性小腸病変の有無の検索も目的に開腹し、空腸平滑筋腫よりの出血と判明した一例を経験したので報告する。

症例は47才、男性。既往歴に著患無し。昭和59年初めて下血による貧血症状を認め、他院を受診。精査にて盲腸憩室2個を指摘され、鉄剤投与にて症状が消失した為放置。昭和60年二度目の下血を認め、当センターを受診。胃内視鏡・注腸造影・大腸内視鏡・小腸造影等にて出血性盲腸憩室炎を疑い、鉄剤投与にて貧血が改善した為経過観察とす、本年三度目の下血を認め、再び当センターを受診。理学的検査上異常無く、臨床検査にて低色素性小球性貧血と軽微な便潜血以外に異常を認めず。上部消化管透視・注腸造影・大腸内視鏡等にて、盲腸憩室2個以外に異常無し。以上より出血性盲腸憩室炎を疑うも本邦では稀な疾患である為、Meckel 憩室等出血性小腸疾患の有無の検索も目的に開腹。Treitz 靱帯より約 15 cm 肛門側の空腸の腸間膜附着部対側に、直径約 2.5 cm、孤立性、境界明瞭、平滑で硬、赤色調、表面血管の拡張・蛇行する腫瘍の腸管壁内性発育を認め、空腸部分切除術を施行。腫瘍は 3.7×3.0×2.8 cm の球形で粘膜側と漿膜側とはほぼ均等に発育し、粘膜面中央に陥凹が存在。病理組織学的に、本腫瘍は平滑筋腫で悪性所見を認めず。術後に小腸造影を再検討し、空腸の陰影欠損の存在を認む。

本邦文献上、平滑筋腫の約60%に下血を認め、特に間欠的に繰り返す下血が特徴的とされ、本例では術前に小腸に関しさらに検討すべきであった事が深く反省される。

7) 術前診断に時間を要した小腸癌の2例

滋賀県立成人病センター外科 同病理*

吉田 昭和, 船木なおみ,
木村 敬三, 野田 秀樹,
浅野 元和, 北村 脩,

*松本 正朗

症例1は52歳、男性。昭和59年12月検診にて貧血を指摘され、昭和60年3月精査を受けたが異常なしとされた。昭和60年7月嘔気、嘔吐出現し近医にて再度精査を受け、十二指腸に狭窄を認められ入院となった。

上部消化管透視では十二指腸のトライツ靱帯の部分に長さ約 5 cm の APPLE CORE APPEARANCE を認め、十二指腸癌との診断下に十二指腸部分切除術を施行した。

症例は44歳、男性。昭和60年11月黒色便あり、近医にて CEA 高値を指摘され精査を受けたが異常なしとされた。昭和61年8月嘔気、嘔吐出現し、近医にて再び CEA 高値を指摘され、当院を紹介された。

上部消化管透視ではトライツ靱帯より約 20 cm 肛門側の空腸に全周性の狭窄を認め、それより口側の腸管は著明な拡張を呈していた。胃内視鏡、注腸透視では異常を認めず、空腸癌との診断下に手術を施行し、空腸部分切除術を施行した。

小腸癌は極めてまれな疾患で、その予後は非常に悪く、5年生存率は10~20%程度である。この予後不良の原因としては、早期にリンパ節転移をきたしやすいこと、疾患の絶対的頻度の少なさのゆえに早期発見が行われにくいことが考えられる。

一方小腸癌の部位別発生頻度を見てみると高位小腸ほど多くなっており、小腸癌はその多くがトライツ靱帯より 60 cm 以内に発生しているので、低緊張性十二指腸造影、小腸造影によりその大部分は十分診断可能と考えられる。従って上部小腸の十分な検索を行うことが小腸癌の早期発見、ひいては予後改善に対して重要なことと思われる。

8) 急性上腸間膜動脈閉塞症に対し、大量腸切除を施行した1例について

滋賀医科大学第2外科 *共和病院外科

平野 正満, 藤村 昌樹,
山本 明, 西沢 泰弘,
馬場 裕司, 新屋 久幸,
佐藤 功, 岡田 慶夫

*添田 世沢

急性上腸間膜動脈閉塞症は、広範な腸壊死をもたらす、死亡率の高い重篤な疾患である。我々は、上腸間膜動脈根部閉塞症の1例を経験し、大量腸切除により救命し得たので報告する。

症例は、72才、主訴は心窩部激痛である。既往歴に、20年前に胃切除をうけている。昭和61年7月27日、昼食中に心窩部痛と冷汗が出現し、緊急入院した。その後、疼痛は増強し、汎発性腹膜炎の所見が認められたため、発症後14時間で開腹手術を行った。腸管は胃空腸吻合より20cm 肛門側から横行結腸中央まで壊死に陥っていたため、急性上腸間膜動脈閉塞症と診断し、空腸から横行結腸までの腸切除を施行した。術直後の敗血症性ショックには、慎重な輸液管理で、また、温存した空腸の壊死拡大には、Second look operation を行って対応した。最終的に、胃・十二指腸、結腸は分離された形となり、胃、十二指腸は、各々チューブによりドレナージされることになった。術後4ヶ月が経過した現在、患者は健在で、人工腸管システムを用い良好な栄養管理が行われている。

一般に本症の治療成績は不良で、特に大量腸切除をよぎなくされた症例の救命率は低い。救命された今日の症例は稀といえるが、今後に多くの問題を残している。すなわち、経口摂取を可能にすべく腸管再建を必要とするが、胃切をうけていることや残存結腸が短いことが結腸による再建を困難にしている。さらに、遷延する術後肝炎の治療や Home IVH への移行などの解決すべき点も多く、今後長期に亘る治療と経過観察が必要である。

9) 胆石イレウスの2例

高山赤十字病院外科

山口 哲哉, 佐野 薫,
山添 善博, 佐野 恵一,
加藤 博明

胆石イレウスは比較的稀な疾患だが、我々は相次いで2症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

症例1は59才の男性で嘔吐と心窩部痛を主訴に来院。6年前に胃癌のため、ビルロートⅠ法による胃亜全摘術を受けた既往歴があるが、胆道疾患の既往歴はない。腹部単純X線写真は小腸イレウスの像を呈していたが、右下腹部に結石影を伴っていた。癒着性イレウスの診断で発症3日目に開腹術施行。回腸終末より8cm 口側にクルミ大の結石が嵌頓しており、この時点で胆石イレウスと判明した。腸切開による胆石摘出に加え、胆嚢摘出・胆嚢十二指腸瘻閉鎖術も併せ施行した。嵌頓結石は、3×3cm のコレステロール系混成石だった。

症例2は63才の女性で嘔吐と腹痛を主訴に来院。約8ヶ月前に、胆石症・胆嚢炎のため、保存的療法を受けた既往歴がある。腹部単純X線写真は小腸イレウスの像を呈し、右季肋部に pneumobilia を認めたが、結石影は不明だった。腹部CTで結石を、十二指腸造影で胆嚢十二指腸瘻を確認し、胆石イレウスの診断で発症3日目に開腹術施行。回腸終末より1.8m 口側にクルミ大の結石が嵌頓しており、腸切開による胆石摘出と、胆嚢摘出・胆嚢十二指腸瘻閉鎖術を併せ施行した。胆石は3.5×2.5cm のコレステロール系混成石だった。

胆石イレウスは、本邦集計約190例と、比較的稀な疾患で、その30%に胆道疾患の既往歴がない。内胆汁瘻の中では、胆嚢十二指腸瘻が大半を占めている。Rigler によるX線診断基準によれば、②小腸閉塞像、③腸管内胆石像、④胆石像の移動、の4項目が挙げられる。外科的療法として、単なる胆石摘出のみならず、胆嚢摘出・胆嚢十二指腸瘻閉鎖術も加えた一期的根治術が望ましい。胆石イレウスは術前診断の困難なことが多く、イレウス症例にあたっては、常にこの疾患の存在を銘記しておく必要がある。

10) 非外傷性大腸穿孔25例の検討

市立島田市民病院外科

柴垣 一夫, 木村 貴彦,
滝野 昌也, 神田 雄史,
徳沢 英哲, 八木 誠,
戸塚 哲男, 矢田貝 凱,
羽白 洸

大腸穿孔による糞便性腹膜炎の予後は未だ芳しくない。我々は、1977年7月から1986年10月までの非外傷性大腸穿孔25例について、臨床的に検討を加え報告する。

年齢は51～86歳（平均68.5歳）で、男女比は17:8で

あった。手術死亡は5例(20%)であった。起床、排便、食事に関係しているものが全体の約70%をしめ、便秘は8例(32%)であった。腹痛は全例に認めたが、嘔気嘔吐は10例(40%)にすぎなかった。23例(92%)に腸雑音の減弱又は消失を認めた。腹腔内遊離ガス像は7例(28%)であった。白血球数が8000以下のものは13例(52%)に認められた。術前発熱がなく、白血球数の増多を認めず、血圧が80以下の症例は予後不良であった。発症から手術までは、最短2時間最長4日であった。原因疾患としては、大腸癌13例(52%)、憩室6例(24%)、残りの6例(24%)が特発性であった。部位は、横行結腸2例(8%)、S状結腸22例(88%)、直腸1例(4%)であった。穿孔長径は0.5cmから5.5cmにわたっていた。また、腸間膜付着部対側に20例(80%)が穿孔し、死亡例は全てこの中に含まれていた。一方、腸間膜内に穿孔した5例では死亡例がなく、このことから、遊離腹腔内へ漏出する便の量が予後を大きく左右すると思われた。手術術式では、切除吻合4例、縫合閉鎖2例、人工肛門1例は全て救命できているが、Exteriorization 7例中3例、Hartmann 11例中2例に死亡例を認めた。全例に術中生食水による腹腔内洗浄、及びドレナージを施行した。尚 Exteriorization 又は Hartmann 18例中生存は13例で、このうち7例にたいして、後日、自動吻合器 EEA 等を用いて人工肛門閉鎖と消化管再建術を行っている。

11) 大腸穿孔症例の検討

市立宇和島病院外科

王 英哲, 金田 倫幸,
戸田 茂, 梶原 伸介,
大蔵 雅洋, 木村 健一,
木下 研一

過去五年間に15の症例を経験したので、原因、術式などに検討を加え報告する。

高齢年齢分布で、S状結腸に頻発し、一般に大腸穿孔は30~70%の高死亡率と言われているのに対し、67%のみの死亡率で成績良好であったが、遊離ガス陰性の場合もあり、触診が重要であり、さまざまな条件を考慮し一期的か二期的に分割手術を行い、術中腹腔内洗浄を行う事が肝要と思われた。

大腸穿孔は、上部消化管穿孔に比べ発生頻度は低いが、高齢者に多く、原因が多様で、術前診断が難しく、且つ Endotoxin shock に陥り易いので、早期の的確な

診断、術式の選択と全身管理が要求されると思われる。

12) び慢性に進行した肝細胞癌の一例

丹後中央病院外科

曾 振球, 武田 克彦,
松本 任司, 笹野 満,

症例、63歳、男。主訴は心窩部鈍痛。家族歴、既往歴には、特記すべき事なし。昭和60年11月中頃より、心窩部に鈍痛あり、近医受診し、肝機能異常及びAFP(+)の為、同12月2日、当院外科入院。入院時、眼球結膜に、軽度の黄疸を認めるも、肝硬変を思わせる異常所見なし。検査成績は、RBC: 467万、Hb: 15.3 g/dl、血小板: 19.3万、T.P.: 7.8 g/dl、Alb.: 4.8 g/dl、Al.P: 33.1 KAu, GOT: 130 KAu.u, GPT: 89 KAu.u, LAP: 323 IU/l, r-GTP: 734 IU/l, T.Bil.: 1.9 mg/dl, Ch-E: 371 IU/l. HBs 抗原、抗体共に陰性。腹部CTで、肝右葉前区域表面に近い所に、small liver cancer と思わせる径約2cm大、境界はぼ明瞭な low density area を認めた。入院後、黄疸が著明となり、ERCP も施行したが、胆管系に、特に、異常所見を認めず、入院8日目に、手術を行なった。術中所見では、多量の淡血性の腹水のほかに、肝は、全体に、黄緑色で、やや硬く、腫大気味であり、肝表面には、ほぼ均一の径1cm以下の小結節に充満され、胆汁うっ滞性肝硬変と思わせる所見であった。腫瘍の切除を断念し、胆嚢外瘻術及び肝左葉の生検を行なった。術後、腹水及び肝腫大が急速に著明になり、術後3週目に、腎不全を併発し、死亡された。死亡直前のT. Bil. が44.0 (D. Bil. 31.4 mg/dl、又、AFPも350890 ng/mlと高値を示していた。病理組織所見は、肝小葉の改変を示す肝硬変を背景に、Edmondson II型の肝細胞癌が、小結節状に、多数増生する像が見られた。非癌部には、胆汁うっ滞を示す bile emboli と脈管侵襲を思わせる腫瘍塞栓を認め、び慢性肝細胞癌に一致する所見であった。術前CTで、見られた肝右葉の low density area が主病変であり、経門脈的に、全肝へ転移し、短期間内に、増大した可能性が強いと思われた。

13) 肝切除術における microwave tissue coagulator の使用経験

神鋼病院外科

宇山 志朗, 梅木 雅彦,

北見 義輝, 頼 文夫,
富永 純男, 花岡 道治,
端野 博康

血液含有量に富む肝組織の切離に対して、種々の装置が開発されているが、microwave tissue coagulator は止血力に極めて優れており、肝外門脈血流遮断及び肝の脱転操作を必ずしも必要とせず、更に硬変肝に対してもその効果が減弱しないため、手術時間の短縮効果を含めて poor risk 症例への肝切除適応範囲を拡大するものと考えられる。また、残存肝断端に 7~8 mm 程度の凝固層を形成すること及び manipulation による癌細胞散布を防止する効果があると考えられることより、悪性腫瘍に対する手術において根治性が向上するものと考えられる。一方、問題点、注意点として、田伏は、術後 2~3 週目頃より、凝固壊死物質の吸収熱と思われる熱発と疼痛が現われることを挙げているが、当院の症例においても、11例中 5 例に同様の症状の出現を認めており、うち 2 例は腫瘍形成に到った。動物実験の結果によれば、凝固壊死塊は脱落することなく徐々に吸収されるとしているが、実際に膿瘍を形成したとの報告も散見され、今後の問題点であると思われる。凝固止血力に優れているが故に、脈管特に断端に現われる胆管の結紮がおろそかになり、胆汁漏出を招いて、膿瘍形成の原因になり得るとも考えられるので、充分な結紮操作が必要である、更に、術中エコーを併用すべきであるが、一旦 microwave tissue coagulator を使用すると、その後著しく echogenic となり、画像の読影が困難となることには注意が必要である。当院の肝切除術における microwave tissue coagulator の効用と問題点・注意点について報告する。

14) 当院における肝切除例の検討

和歌山赤十字病院外科

東辻 宏明, 新開 直人,
鍛 利幸, 中村 肇,
冷水 宏行, 松川 泰廣,
楊 忠和, 勝田 仁康,
長嶺 慎一

当院外科における約 2 年間の肝切除例は、悪性疾患 13 例、良性疾患 2 例の計 15 例であった。内分けは、原発性肝癌 6 例、転移性肝癌 4 例、胆のう癌 2 例、胃癌浸潤 2 例、胆膿瘍 1 例、肝血管腫 1 例となっている。

①胆のう癌による H inf を含めた転移性肝癌に関し

ては、術前予備能が良好な事が多いので、P.S.N の各因子について根治性が得られるようであれば、H 因子を積極的に肝切除術で取り除く事が予後延長につながる。

②原発性肝癌では、術前の画像診断、及び術中エコーのレベルを超えた娘結節が存在する可能性が非常に高いので、術前、術中、術後管理をぎりぎりまで施行し、大きく肝切除術を施行する必要がある。

③もう 1 つの根治性を左右する因子としての門脈血栓については、画像診断、術中エコー、切除標本を通じて存在しないと判断したにもかかわらず、必ず再発をきたしている事より、娘結節同様、顕微鏡レベルの血栓については、拡大肝切以外に、予後を良くする方法はないのではないか。

④術後早期の肝不全を含めた MOF を回避する為、今回は亜区域切除~区域切除を施行したが、術後の再発が非常に早い時期にみられる事より、術前・術中・術後の Liver support をしっかりとやり、更に拡大した肝切除術が必要かと思われる。更に、術後、長期に亘る Liver support、及び TAE を含めた adjuvant therapy のあり方等が、肝硬変合併肝癌の肝切除例の予後に大きく影響を与えてくると思われる。

15) 胆のうホリープ手術症例の検討—いわゆるホリープ癌症例を中心に—

神戸市立中央市民病院

林 雅造, 黒木 輝夫,
西野 正弘, 石川 稔晃,
佐藤 守, 谷 友彦,
小西 豊, 高峰 義和,
青山 博, 小懸 正明,
梶原 建熙, 橋本 隆,
得家 享夫

16) 胆内・肝外結石合併 choledocoele の治療に難渋した 1 例

和歌山赤十字病院外科

楊 忠和, 新開 真人,
東辻 宏明, 鍛 利幸,
冷水 宏行, 中村 肇,
松川 泰廣, 勝田 仁康,
長嶺 慎一

17) 原発性硬化性胆管炎の1例

赤穂市民病院外科手術部

鷲田 昌信, 石上 俊一,
周防 正史, 沢田 尚,
山本 成尚, 山本 雄造,
三谷 大洋, 辺見 公雄

最近, 我々は PTC, ERCP の所見から, 膵, 胆道系の悪性疾患を査定し得ず, 開腹下生検により原発性硬化性胆管炎 (primary sclerosing cholangitis) と診断し, 胆管切除及び, 低胆管空腸吻合術を施行したところ良好な結果を得た症例を経験したので報告する。

症例は56才男性, 主訴は黄疸で, 家族歴及び既往歴には特記すべきことはなく, 現病歴は昭和61年3月下旬, 家人に黄疸を指摘され来院, 内科にて精査の結果, 膵頭部癌を疑われ, 外科転科入院となる。尚, 体重減少及び腹痛発作などの既往は認められない。現在は, 眼球結膜及び皮膚の黄染を認めるのみである。

検査所見は, 入院時, 総ビリルビン 19.7 mg/dl 直接ビリルビン 12.4 mg/dl, ALP 57.2 K-AV r-GTP 199 mU/ml と上昇し, GOT は 39 U, GPT は 48 U と軽度上昇を認める。血糖は, 300 mg/dl と耐糖能低下を示し, 内科にてインシュリン 32 U/day でコントロールされていた。

画像上, 胃十二指腸に特に異常は認められず, エコー上肝内胆管の著明な拡張が認められる。CT 上肝内部から膵頭部にかけて, 腫瘍像が認められる。胆石の存在は認められない。ERCP 上, 膵頭部の腺房像及びその末梢側に膵管像の閉塞所見が得られ膵頭部癌を強く示唆された。PTC 上, 総胆管が肝門部まで全周性に強く狭窄しており, 更に膵頭部内でも狭窄が認められる。

結局, 膵胆管系の悪性疾患を完全に否定し切れず手術を施行する。腹腔内に腹水なく, 肝と肉眼上及び触診上特に異常は認められない。総胆管及び膵頭部が硬く触れ, 膵及び, 総胆管の術中迅速生検を施行し, 更に胆摘後迅速標本とするも悪性所見は認められず, 硬化性胆管炎との診断を得る。総胆管は, 内腔の交通は保たれており, 壁は 3~4 mm の厚さで硬く肥厚していた。総胆管空腸吻合術を施行し手術を終えた。以上原発性硬化性胆管炎の一例を報告した。

18) 膵頭十二指腸切除及び, 総胆管切除後に発生した肝膿瘍の2例

和歌山赤十字病院外科

鍛 利幸, 新開 真人,
東辻 宏明, 冷水 宏行,
中村 肇, 松川 泰廣,
楊 忠和, 勝田 仁康,
長嶺 慎一

術後肝膿瘍は比較的稀な疾患であるが, 肝内結石や胆道狭窄のある症例, 胆管空腸吻合後に多く合併する。我々は, 最近, 膵頭十二指腸切除, 総胆管切除後に発生した肝膿瘍の2例を経験した。症例1は, 71才の女性, 1カ月前より黄疸と搔痒感があり近医を受診, PTCD を施行され, 膵頭部癌の診断を受けて手術目的で来院した。黄疸の消退を待って膵頭十二指腸切除と CHILD 変法による再建を行った。術後は順調に経過したが, 白血球増多と発熱が持続し, CT にて肝膿瘍と診断された。PTCD チューブを膿瘍腔内に留置して排膿を行い約1週間で治癒した。症例2は, 79才の女性, 総胆管癌による閉塞性黄疸で来院し, 胆嚢総胆管切除術, 肝門部肝管空腸吻合術を行った。術後はほぼ順調に経過したが, 発熱, 白血球増多が続き, CT によって肝膿瘍と診断された。超音波ガイド下に膿瘍腔穿刺, PTCD チューブによる排膿を試みても, 膿瘍腔は造影されるにもかかわらず有効なドレナージは得られなかった。手術的に排膿を行ない, 治癒した。肝胆道系の術後, 発熱が続く場合は肝膿瘍を常に念頭におくことが重要である。

19) ゴーリンガー・エリソン症候群の一例

赤穂市民病院外科

周防 正徳, 石上 俊一,
澤田 尚, 鷲田 昌信,
山本 成尚, 山本 雄造,
三谷 大洋, 辺見 公雄

Zollinger Ellison 症候群の本邦報告例は少なく1983年岸本が109例を集計し得たのみである。今回我々は下血により発症, 肝転移, リンパ節転移をきたしたと思われる原発不明の Gastrinoma の一例を経験したので報告した。

症例は53才女性。2年前より下痢を認め近医で投薬治療を受けていたが, 腹痛, タール便を認め当科紹介された。既往歴に特記すべき事はなく, 家族歴では母が心疾患で死亡している。

入院時検査で、血中ガストリン値 1900 pg/ml、胃液検査で高酸分泌を認め、又カルシウム注入試験陽性、セクレチン誘発試験陽性であり Zollinger Ellison 症候群と診断した。消化管内視鏡検査、低緊張性十二指腸造影で、十二指腸乳頭近傍より空腸曲に至る多発性の潰瘍を認めた。腹部 CT 検査で肝右葉後区域に SOL を認め、又臍頭部前面に辺縁明瞭な腫瘍を認めた。これらの腫瘍は腹部血管造影で腫瘍像として認められた。

昭和61年4月10日、全身麻酔下で開腹術を施行した。臍頭部前面に 3×4.5 cm に腫大した幽門リンパ節を認め、又肝右葉の腫瘍は術中超音波検査で 5×7 cm の大きさであった。胃全摘術、臍尾部切除術、脾摘出術、幽門リンパ節摘出術を施行した。肝腫瘍は、侵襲が大きくなる為、今回切除し得なかった。

術後経過は順調で、1ヶ月後の血中ガストリン値は 1000 pg/ml まで低下、その後肝腫瘍に対し2回 TAE 施行した。退院時血中ガストリン値は 560 pg/ml まで低下した。

Zollinger Ellison 症候群では Gastrinoma が発見されない事も少なくなく、岸本の集計でも27.5%が原発腫瘍不明である。自験例でも臍尾部摘出標本を詳細に検討したが、Gastrinoma は発見できなかった。又術後腹部 CT 検査でも、臍頭部、十二指腸に異常陰影を認めない。

今後肝腫瘍に対して肝切除、抗癌剤の持続動注等を考慮している。

20) 経皮経肝門脈カテーテル法及び術中エコーにて局在診断し得た Insulinoma の1例

市立島田市民病院外科

木村 貴彦、柴垣 一夫、
滝野 昌也、神田 雄史、
徳沢 英哲、八木 誠、
戸塚 哲男、矢田 貝凱、
羽白 洸

近年インシュリノーマの報告例は増加しており、現在、世界で約2000例、本邦でも300例を越えるといわれている。その80%以上は腫瘤径 2 cm 以下であり、解像度の問題上、超音波検査、CT、ERCP、SAG 等各种画像診断を駆使しても、局在の同定が難しいのが現状である。そこで、当院では、経皮経肝門脈カテーテル法 (PTPC 法) にて門脈血中 IRI 値を測定すること

により、インシュリノーマの局在を診断し、また術中超音波検査で、腫瘤の大きさ、数を確認し、臍頭部にも病変の存在を否定した上で、臍尾部切除術施行、完治せしめることができた。症例は、63歳男性で、約2年前より時折意識喪失発作があり、「てんかんの疑い」と診断されていた。発作が次第に頻回となった為、発作時近医にてフェノバルブ+10%グルコース静注後、意識回復した事から、インシュリノーマの存在を疑い、入院した。実際には、腫瘤径は約 2 cm と小さかった為に画像上 CT で臍尾部にようやく Low density area を認めるのみであった。従って ATPC 法にて門脈内の IRI 値測定を施行。IMV 合流部より遠位脾静脈にて IRI 値のステップアップを示した為臍尾側インシュリノーマを診断した。この様に PTPC 法は、インシュリノーマの局在診断において、本邦例ではほぼ100%の正診率を得ているとはいえ、腫瘤の大きさと数量が掴めない事と、その判定基準とに問題を残している。しかし、その点を術中超音波検査でサポートすることで、PTPC 法の高い有用性を生かす事ができ、この様に質的診断をより明確にすることが、過不足のない臍切除へつながるものと考えている。

21) 妊娠時に発症した重症急性膵炎の一例

静岡市立静岡病院外科

吉富 彰一、京極 高久、
寺村 康史、魚住 隆雄、
内藤 厚司、野木村昭平

高脂血症を伴った妊婦の急性膵炎はきわめて稀で、その病因のみならず統計的検討も十分にはなされていないのが現状である。

最近我々は、妊娠後期に合併した Fredrickson 分類の V 型の高脂血症を伴う重症急性膵炎の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は一妊一産の26才の主婦で、妊娠第28週に近医にて 1600 g の女児を出産・その翌日より上腹部痛、嘔気、嘔吐が続き、ショック状態、意識レベルの低下をきたした為、当院へ入院となった。入院時、体温は 37.8°C で血圧は触診で40であり、腹部は全体にやや膨隆し圧痛、Blumberg 徴候ともに明瞭であった。

この為、臍授動兼臍床ドレーナージ術、及び胆嚢外嚢造設術を施行した。膵臓は浮腫性膵炎の像を呈しており、一部脂肪壊死も認められた。

入院時検査で、白血球数は19500, LDH 1232 BUN 32 であり, Na 156, Cl 117, Ca 7.4 であった。又, S-AMY 632, u-AMY 3750, elastase 1 3750 と上昇していた。高度の乳白血清が存在しており, T-CHO 1232, LDL 1584, VLDL 1961 であった。

術後、血糖はきわめて不安定な Brittle 型を示し、電解質、酸塩基平衡も大きくくずれ、意識レベルもⅢ-3まで低下したが、これらを克服し母児ともに救命し得た。

高脂血症を伴う妊婦の急性肺炎の本邦報告例は、我々が調べ得た範囲では自験例を含めて10例で T-CHO 値に関しては自験例が3番目に高いものと思われた。

本症例では、妊娠により悪化した高脂血症が肺炎発症の Trigger となった可能性が示唆されたが、このような報告例は未だ少く、今後更に究明すべき問題と考えられた。

22) 腹膜偽粘液腫に対する CDDP 腹腔内投与

福井赤十字病院外科

古谷 正晴, 原田 武尚,
田中 猛夫

今回我々は腹膜偽粘液腫に対して CDDP (シスプラチン) の腹腔内投与を試みたので報告する。症例は89歳の女性。昭和51年に腹部膨満出現し某医にて試験開腹術を受け腹膜偽粘液腫と診断された。原発巣は卵巣腫瘍であった。本年3月再度腹部膨満出現し再開腹している。今度は4月後にまた腹部膨満および呼吸困難をきたし、当科受診となった。検査データは CEA, CA19-9 が異常高値を示した他は概ね正常であった。US, CT では高度の腹水貯留を認めた。開腹術を施行したところ、淡血性のゼリー様物質が腹腔内に充満しており、腹壁、腹部臓器表面にも固着していた。腸管は背側に一塊となって圧排されていた。ゼリー様の腹水を可及的に排除し、ダグラス窩に CAPD 用のカテーテルを留置した。生検の結果は, mucinous papillary cystadenocarcinoma (low grade malignancy) であった。術後37日目に CDDP 30 mg, 5% ブドウ糖液 1000 ml を CAPD カテーテルより注入し、6時間クランプした後開放した。術後59日目に CDDP 50 mg, 5% ブドウ糖液 1000 ml を腹腔内に再投与したが、無効であった。我々は結腸癌と卵巣腫瘍との重複癌による癌性腹膜炎の症例でこれと同様の投与法を3回用い、

CDDP の腹水中、血清中の濃度を経時的に測定した。腹水中の CDDP 濃度は急激に減少し、腹膜への吸収は極めて速やかである。血清 CDDP 濃度は投与後急速に増加し、一定の濃度を長く持続している。しかし腹水中の CDDP 濃度は常に血清中のそれに比べて高値を呈していた。今回の症例には効果的投与法と考えられたので用いてみたが、今回は残念ながら有効という結果は得られなかった。投与量、投与法について今後更に検討を加え、症例を重ねていきたい。

23) 臍帯ヘルニアの一例

大津市民病院外科

伊藤 雅夫, 入江 龍一,
南部 裕和, 川部 克己,
水野 博行, 河村ゆかり,
石黒 稔

臍帯ヘルニアは、新生児の緊急を要する代表的な外科疾患の一つで、診断は、特異的な外観より一見して可能です。多くは緊急手術と術前、術後の適切な管理を必要とし、予後の悪い疾患です。今回、我々は、臍部型の巨大臍帯ヘルニアの一例を経験したので報告します。

症例は生後一時間の男児。在胎37週6日, 2495 g, 頭位自然分娩で、出生前 ECHO 検査では、診断できませんでした。初診時、臍を中心に、ヘルニア門の大きさ 9×8 cm で、半透明のヘルニア膜に被われ、肝全体と胃、腸管が透見できる非破裂型の大きな臍帯ヘルニアを認めました。体温 35.4°C、代謝性アシドーシスを呈し、高度の呼吸障害が認められたため、Allen-Wrenn の合成被膜法による、手術を施行しました。一期的閉鎖は無理であったため、腹直筋内側縁に、Silastic sheet 2枚を袋状にし、上方へ吊り上げました。その後、呼吸循環状態を見ながら、Sheet を少しずつ縫縮しましたが、5日目に感染傾向が認められたので、再手術施行。腹壁を上下左右に大きく皮下剥離し、更に左右側腹部に減張切開を加え、アロアスクで被いました。術後26日目で Weaning 出来、腹壁ヘルニアを認めますが、軽快退院しました。

治療には、手術的なもの、保存的なものがあり更に、一次的、二次的、多次的に分けて行なう方法がありますが、本例の場合、ヘルニア門が大きく、肝全体と胃腸管が脱出し、高度の呼吸循環障害が認められ、一期的閉鎖が不可能であったので、合成被膜を用いた

Allen-Wrenn 法が、適していたと考えられました。

24) 虫垂が嵌頓していた大腿ヘルニアの 1 例

大阪済生会野江病院

朴 泰範, 岡本 亮爾,
塩田 昌明, 平井 潔,
藤田龍五郎, 西田 茂樹

大腿ヘルニア嵌頓症例はほとんどが小腸, 大綱, 卵巣, 膀胱壁で, 虫垂が嵌頓することは非常に希である。Ryan は大腿ヘルニア虫垂嵌頓の頻度を0.13%と報告している。Griffin は173年から1962年までに233例の虫垂嵌頓症例があったとし, Wakely は610例中3例, Fraukau は680例中4例の大腿ヘルニアの虫垂嵌頓症例があったと報告している。本邦ではわずかに1症例のみが過去30年間に報告されているにすぎない。

今回我々は, 虫垂が嵌頓していた大腿ヘルニアの極めて珍らしい1手術例を経験したので報告する。

症例は61才女性で, 右鼠経部の有痛性腫瘍を主訴として来院した。来院時局所に4×4cmの圧痛著明な腫瘍が認められたが皮膚表面ならびに周囲に発赤や浮腫はなかった。入院時検査では, 白血球増多, 貧血等の異常所見や肝腎機能の異常も認めなかった。腹部立位単純X線写にても Niveau 形成等の腸閉塞所見は認められなかった。上記所見より大腿ヘルニア嵌頓を疑って緊急手術を行なった。ヘルニア嚢内には虫垂が嵌頓しており暗赤色に変色し強度の炎症所見が認められたが虫垂根部には炎症所見を認めず回盲部も後腹膜に固定されていた。順行性に虫垂を切除し Mc Vay 法にてヘルニアの根治術を施行した。切除虫垂は6cmで根部より3cmの部位で絞扼され, それより先端側は黒赤色を呈し腫大していた。穿孔は認められなかった。病理組織では全層に出血と好中球を含む炎症性細胞の浸潤を認めた。患者は術後経過良好にて第9病日に快復退院した。

25) ピットホールに陥った異物誤飲の1 例

彦根市立病院外科

橋本 充右, 宮原 勅治,
橋田 修平, 赤松 信,
横田 峻

症例は, 脳梗塞で言語障害, 歩行障害があるとも

に, 視力障害, 高度難聴, 排尿障害のある82才の男性で, 夕食中に義歯を誤飲したため来院した。来院時, 呼吸困難等の症状はなく, 腹部単純撮影, 食道透視にて胃内に義歯の存在を確認したが, 自然排出を期待し, 5日間経過した。しかし義歯の移動は認めず, 始めに内視鏡的摘出を試みたが, 義歯は食道中部で移動不能となり, 直後に施行した食道透視にて, 造影剤の縦隔への流出を認めた。

開胸術に対する患者の Risk が高度であると判断し, まず開腹術を施行し胃切開を加え義歯の摘出を試みた。しかし義歯の摘出は不能で, 食道損傷を拡大するのみであった。そこでやむなく開胸術を施行し食道を切開して義歯を摘出した。摘出した義歯は長径6cmで弯曲しており, 4ヶ所に鋭利な金具の突出が認められた。

このような義歯誤飲では, 内視鏡的摘出はタブーであって, 胃内にある場合は, 開腹して摘出するのが第1選択であろうと思われた。

患者の手術に対する Risk を考慮するあまり, pit-fall に陥った義歯誤飲の一例を経験したのでここに報告しました。

26) 特異なエコー像を呈した腹腔内異物の 2 例

関西電力病院外科

東山 洋, 齊藤 徹,
高橋 裕, 磯辺 善成,
丸山 泉, 大津 章,
杉本 雄三

超音波検査所見(以下US)が, 非常に特徴的であったため, 診断が容易となった腹腔内異物を2例報告した。

症例1は36才女性で, 3年前に近医で, 卵管結紮の手術をうけた。今回下腹部腫瘍を指摘され入院したが, CTでは均一な low density area を呈し, 嚢腫と診断された。しかし, USで, low echoic mass 内に帯状で, 何重にも走る high echo が認められたため, 遺残ガーゼを疑った。開腹したところ, やはり, つなぎの2枚ガーゼが出てきた。

症例2は53才男性で, 15年前に近医で胃切除術をうけた。今回左季肋下に10cmの腫瘍を指摘され入院した。CTでは, 脾嚢胞と診断されたが, ERCP, 血管造影では確定診断は得られなかった。しかし, USで症例1と全く同じ所見を呈したため, 遺残ガーゼと診

漸した。手術では、やはりガーゼが出てきた。

放射線ガーゼでない場合、腹腔内遺残ガーゼの術前診断は非常に困難とされている。腫瘤触知が多いため、卵巣や腸間膜の嚢腫、又は脾嚢胞と診断される場合が多く、遺残ガーゼを疑っても、確定診断はできなかった。しかし、US は、簡便であるばかりか、非常に特徴的所見をそなえていると思われた。即ち“low ech-
oic mass 内に、放射状に、何重にもみえる、帯状の high echo が認められる”ことである。

27) 当院における横切開開腹法の適応と現状

舞鶴市民病院外科

寺尾 隆太、田村耕一郎、
四元 文明、尹 光俊、
本田 和男、向原 純雄、
瀬戸山元一

当院では、腹部手術において、横切開による開腹法を原則として行なっている。その適応、方法、利点と欠点、等につき検討した。

適応としては、胆嚢摘除術、胃十二指腸潰瘍による胃切除術、その他上腹部の良性疾患手術、単純子宮全摘術、等があげられる。一方、リンパ節郭清など広い視野を必要とする悪性疾患手術、術前診断の不確定なケース、緊急手術の場合、等は適応外となる。

まず、皮膚に横切開を加え、皮下(筋膜直上)を頭

側および尾側へ剥離していき、ダイヤモンド型のスペースを作成する。そして、次に筋膜および腹膜に縦切開を加えて開復する。開復後、ナイロンドレープを挿入して創面を保護し、牽引鉤をかけて創を展開する。左右の牽引のバランスを変えることにより、実際の創の大きさよりも、より広い視野を得ることが可能である。閉腹に際しては、筋膜および腹膜を1-0 ナイロン糸にて一層縫合した後、皮下のスペースに、ポルトバックドレーンを留置する。これにより、後述の術後創感染の危険性を著しく減少させることができる。このドレーンは、その排液の量にもよるが、術後平均3～4日で抜去可能である。

この方法の利点としては、術後早期の創痛が軽度である点、瘢痕形成が少なく、術創の醜形化をきたしにくい点、等があげられる。一方、欠点としては、皮下剥離部に知覚鈍麻を残し得る点、皮下血腫をつくり、創感染の危険性を有している点、開腹操作に比較的時間を要する点、等があげられる。

この横切開開腹法は、一見繁雑であるが、習熟すれば、操作時間も短縮でき、また、患者の術後の種々の訴えを軽減し得る点で、大いに有効な方法であると考えられる。

28) 静脈栄養中のビオチン欠乏症

天理よろず相談所病院腹部一般外科

松末 智